

CIRUGÍA

HEMORRAGIA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEA

Gustavo Piñar Sancho*

SUMMARY

Spontaneous retroperitoneal hemorrhage is the extravasation of blood into the retroperitoneal space without any external trauma, urologic surgery or endovascular manipulation. It is a rare disease involving a diagnostic challenge. Diagnosis should be suspected to act in time to ensure a more rational therapy, avoiding exploratory laparotomy or unnecessary nephrectomies.

ETIOLOGÍA

La causa más frecuente de HRE en el adulto es la rotura de un aneurisma de la aorta, pero el

origen de la misma puede situarse en cualquiera de los órganos o vasos sanguíneos que existen en el retroperitoneo, debido a factores locales o sistémicos.

ORIGEN RENAL

La rotura espontánea del parénquima renal produciendo una hemorragia perirrenal fue observada por primera vez por Bonet en 1700, siendo Wunderlich el primero en describirla denominándola “apoplejía espontánea de la cápsula renal”, mejor descrita en la literatura como el Síndrome de Wunderlich, siendo la principal

causa de esta complicación como veremos más adelante los tumores del parénquima renal en especial el Angiomiolipoma^{2,13}.

Las causas de HRE de origen renal las podemos dividir en:

1. Tumores renales: La patología tumoral es la causa más frecuente de HRE de causa renal⁵. Entre el 57% y el 63% de las HRE son debidas a tumores renales, siendo aproximadamente la mitad de los mismos histológicamente benignos. El Adenocarcinoma renal es el tumor maligno que con más frecuencia produce una HRE, aunque la incidencia de rotura de un ACR es muy baja, entre el 0,3%

* Médico General.

y el 1,3 %. Según McDougal, la patogenia de la rotura de los vasos sanguíneos en el ACR pudiera ser debido a invasión directa de los mismos, necrosis o infección que debilitaría la pared vascular u obstrucción de la vena renal por un trombo tumoral lo cual produciría dilatación progresiva de los vasos venosos y capilares^{5,6}. Otros tumores malignos renales pueden producir una HRE aunque su incidencia es muy baja, como son: tumor de Wilms, carcinoma transicional de pelvis renal, leiomiomasarcoma y metástasis en riñón de otros tumores^{1,8}. Dentro de los tumores benignos del riñón el angiomiolipoma (AML) es el responsable de la mayoría de las HRE debidas a tumores renales benignos. Aproximadamente el 15% de los AML se manifiestan como una HRE en primera instancia y el 51% de los AML mayores de 4 cm. presentan en algún momento una HRE⁴.

2. Aneurismas de la arteria renal: la incidencia de los aneurismas de la arteria renal oscila entre el 0,3% y el 1%. Se localizan más frecuentemente en la arteria renal principal y en la primera bifurcación arterial, siendo bilateral en el 20% de los casos. La probabilidad de rotura de un aneurisma de la arteria renal se aproxima al 10%, teniendo los aneurismas saculares no calcificados un mayor riesgo de rotura, incrementándose este

riesgo en los pacientes hipertensos y durante el embarazo. El aneurisma de la arteria renal es el responsable de aproximadamente entre el 5% y el 10% de las HRE. La rotura de un aneurisma de la arteria renal se asocia con una mortalidad cercana al 80%.

3. Otras causas: las infecciones del parénquima renal (pielonefritis, absceso renal, tuberculosis, etc.) originan entre el 10% y el 12% de las HRE. Entre un 5% y un 15% de las HRE son originadas por nefritis. Otras causas menos frecuentes de HRE de origen renal son la hidronefrosis, quiste renal, enfermedad poliquística, enfermedad quística adquirida y litiasis.

ORIGEN SUPRARRENAL

La hemorragia suprarrenal espontánea en el adulto en glándulas no patológicas puede afectar a una o a ambas glándulas y en la mayoría de los casos se asocia a prolongadas situaciones de estrés causadas por sepsis, cirugía, quemaduras, traumatismos, etc. y, a tratamientos prolongados con corticoides. La hemorragia generalmente se mantiene confinada en la glándula salvo en raras ocasiones en las que puede afectar al tejido periadrenal.

La HRE de causa suprarrenal es generalmente ocasionada por glándulas adrenales con

lesiones focales incluyéndose entre ellas quiste y tumores malignos y benignos³, aunque en algunas ocasiones el estudio anatomopatológico de la glándula no logre demostrar ninguna patología. El feocromocitoma es probablemente la patología adrenal que con más frecuencia puede desarrollar una HRE, pudiendo desarrollarse después de realizar un bloqueo alfa-adrenérgico por necrosis avascular del tumor.

OTRAS CAUSAS RETROPERITONEALES

Se han descrito varios casos de HRE debido a:

- Poliarteritis nodosa
- Pancreatitis aguda
- Tumores retroperitoneales primarios o metastásicos
- Discrasias sanguíneas
- Terapia con anticoagulantes

CLÍNICA

La sintomatología de estos pacientes dependerá de la intensidad y la duración de la hemorragia. En los casos en los que la hemorragia sea masiva y se produzca de forma brusca se presentarán los pacientes generalmente con la triada descrita por Lenk, que consiste en dolor lumbar, tumoración en el flanco y datos clínicos de hipovolemia.

En otras ocasiones los síntomas se desarrollan gradualmente durante varios días antes de que el paciente consulte. Presentando dolor en el flanco o en el abdomen pudiéndose acompañar de distensión abdominal, náuseas y vómitos, disminución de la peristalsis y signos de irritación peritoneal en los casos en los que el hematoma retroperitoneal se perfora en la cavidad peritoneal. Cuando el hematoma diseca la región retrocecal puede simular una apendicitis aguda y cuando se produce en la cara anterior del riñón derecho puede confundirse con una colecistitis aguda. La hematuria suele presentarse en los casos en los que la HRE es de origen renal⁷. En el análisis de sangre se puede evidenciar un descenso del hematocrito y de la hemoglobina y en los casos en los que la hemorragia se ha producido insidiosamente durante varios días se puede encontrar elevada la LDH sin elevación de las pruebas hepáticas, debido a la destrucción de los eritrocitos extravasados.

DIAGNÓSTICO

La sintomatología, la exploración física y la disminución de las cifras de hemoglobina hará sospechar de la existencia de una hemorragia interna retroperitoneal. La radiografía simple de abdomen y la Urografía intravenosa evidencian

la existencia de una masa con densidad de partes blandas que generalmente desplaza el riñón. La Ecografía demuestra la naturaleza líquida de esa masa pero sin poder caracterizarla y generalmente sin especificar su origen¹⁴. Mediante Tomografía Computarizada (CT) la HRE se revela como una colección líquida con una atenuación típica de hemorragia aguda (70 unidades Hounsfield), pero si la CT se realiza varios días después del sangrado agudo disminuye la atenuación reflejando los cambios que se producen en el hematoma, en estas ocasiones será preciso realizar un diagnóstico diferencial con otras colecciones como urinomas, abscesos entre otros⁹. Si el paciente está hemodinámicamente estable la administración intravenosa de un medio de contraste ayudará a determinar el origen y la etiología de la HRE. Cuando la HRE sea debida a tumores renales (benignos y malignos) la CT dinámica realizará el diagnóstico etiológico en la mayoría de las ocasiones. La presencia de múltiples áreas de baja densidad secundarias a hipoperfusión o infartos renales nos hará sospechar la existencia de una poliarteritis nodosa. Cuando en la CT no se demuestre la etiología de la HRE o exista sospecha de poliarteritis estará indicada la realización de una arteriografía

para investigar la existencia de patología vascular arterial. Si la arteriografía tampoco pone de manifiesto la etiología del sangrado se deberá realizar una CT una vez que se reabsorba completamente el, pudiéndose identificar entonces pequeños tumores renales¹¹.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las HRE dependerá del estado hemodinámico del paciente y de la etiología de la hemorragia.

Cuando el paciente se encuentre hemodinámicamente inestable la corrección de su estado hemodinámico mediante infusión de líquidos, cristaloides y sangre nos permitirá confirmar la sospecha de HRE y realizar un diagnóstico etiológico, sino se consigue estabilizar hemodinámicamente al paciente o en algún momento durante el diagnóstico la exploración quirúrgica de urgencia deberá de realizarse. En los pacientes sometidos a tratamiento anticoagulantes o con discrasias sanguíneas, siempre que las técnicas diagnósticas por imagen no evidencien patología añadida (tumoral, vascular, etc.), el tratamiento será conservador mediante reposición hemática, plasma fresco, vitamina K, sulfato de protamina, etc. Cuando la hemorragia sea debido

a tumoración suprarrenal es importante depurar el diagnóstico mediante escintigrafía con I131 -IMBG, debido a que la cirugía de urgencia del feocromocitoma sin preparación previa está gravada con una alta mortalidad. Cuando un Angiomiolipoma renal (AML) sea el origen de la HRE el tratamiento será quirúrgico siendo lo más conservador posible, sobre todo en los pacientes con estigmas de esclerosis tuberosa o AML renales bilaterales. Si sospechamos un Adenocarcinoma renal la nefrectomía radical debe de ser la norma^{12,15}. La rotura de un aneurisma de la arteria renal suele requerir generalmente una cirugía de urgencia, siendo en la mayoría de las ocasiones imposible la conservación renal debido a la extensión del aneurisma en el hilio renal y a las ramas arteriales principales. La embolización selectiva transcáteter puede ser de utilidad en casos seleccionados de AML, malformaciones vasculares y poliarteritis nodosa.

RESUMEN

La hemorragia retroperitoneal espontánea (HRE) es la extravasación de sangre al espacio retroperitoneal sin que

exista traumatismo externo, manipulación endourológica o endovascular previa¹³. Es una entidad patológica infrecuente que implica un reto diagnóstico; por lo que debe sospecharse su diagnóstico para actuar a tiempo, para garantizar una terapia más racional evitando laparotomías exploradoras y nefrectomías no indicadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chang, S. Ma, C. Lee, S.: Spontaneous retroperitoneal hemorrhage from kidney causes. *Eur Urol* 1988; 15: 281.
2. Cinman, A. Farrer, J. Kaufman, J.: Spontaneous perinephric hemorrhage in a 65-year-old man. *J Urol* 1985; 133: 829.
3. Fernandez, M. Diez, P. Vizcaino, A.: Hemangioma suprarrenal: una rara causa de hemorragia retroperitoneal. *Arch Esp Urol* 1995; 48: 82.
4. Garcia, F. Guerreiro, R. Lopez, R. Sanmartin, C. Gonzalez, C.: Angiomiolipoma renal: Una causa de hemorragia retroperitoneal masiva. *Arch Esp Urol* 1992; 45: 783.
5. McDougal, S. Kurhs, E. Persky, L.: Spontaneous rupture of the kidney with perirenal hematoma. *J Urol* 1975; 114: 181.
6. Nguyen, H. Wolf, J. Nash, P. Hovey R. Mcananch, J.: Acute retroperitoneal hemorrhage due to transitional cell carcinoma of the pelvis renal. *J Urol* 1995; 153: 140.
7. Noble, M. Lee, S. Levine, E.: Retroperitoneal hemorrhage gross hematuria and painful right flank mass in a 55-year-old man with cirrhosis. *J Urol* 1988; 128: 1277.
8. Oro, J. Gonzalez, L., Abrahamarap J: Síndrome de Wunderlich como manifestación de leiomiomas renales. *Arch Esp Urol* 1990; 43:184.
9. Pode, D. Caine, M: Spontaneous retroperitoneal hemorrhage. *J Urol* 1992; 147: 311.
10. Quintero, R. Arrabal, M. Camacho Martinez E, Salazar Murillo R, Garcia Perez M: Tratamiento conservador del síndrome de Wunderlich en enferma monorrena funcional. *Actas Urol Esp* 1993; 17: 325.
11. Reig, C. Morote, J, Saenz, J. : Hematoma perirrenal espontáneo. *Arch Esp Urol* 1992; 45: 615.
12. Skinner, D. Colvin, R. Vermillion, C.: Diagnosis and management of renal cell carcinoma: a clinical and pathologic study of 309 cases. *Cancer* 1971; 28: 1165.
13. Sierra, E. Belmonte, M. Villanueva, M. García, M. Hemorragia retroperitoneal espontánea no traumática: efecto del diagnóstico preciso y oportuno. *Cirugía y Cirujanos*, 2015, 83(3), 206-210.
14. Vesga, F. Albis, A. Blasco, M. Llerena, R. Pertusa, C. : Hemorragia retroperitoneal espontánea. *Arch Esp Urol* 1994; 47: 129.
15. Zurera, L, Delgado, F. Ysamat, R. Pareja, M. Alegre, N. Requena, M: Hemorragia retroperitoneal como complicación del angiomiolipoma renal. *Arch Esp Urol* 1990; 43: 27.